| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **BELLANID FRANCO MONTES MONTES** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **24730812** |
| CELULAR:<br>**3118570024** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**francomontesbellanid@gmail.com** | SEDE:<br>**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS** | CENTRO DE COSTOS:<br>**LVSK33-2 - PIC COORDINACION LORENCITA VILLEGAS** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO BOGOTA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**329195150** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**7858-2025** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**1** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 1267 | **FECHA** | 16/09/2025 | **CRP 1** | 48128 | **FECHA** | 01/10/2025 |
| **CDP 2** | 1694 | **FECHA** | 25/11/2025 | **CRP 2** | 56023 | **FECHA** | 30/11/2025 |
| **CDP 3** | 1808 | **FECHA** | 19/12/2025 | **CRP 3** | 62950 | **FECHA** | 19/12/2025 |
| **CDP 4** | 48 | **FECHA** | 08/01/2026 | **CRP 4** | 1237 | **FECHA** | 19/01/2026 |
| **CDP 5** | 297 | **FECHA** | 20/02/2026 | **CRP 5** | 14115 | **FECHA** | 28/02/2026 |
| **CDP 6** | 706 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 6** | 20955 | **FECHA** | 22/05/2026 |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **05** | **2026** | **31** | **05** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 2.980.800** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ASISTENCIAL** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 16.200** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 26.827.200** |
| VALOR EJECUTADO | $ 20.865.600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 2.980.800** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 184 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 184 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 5.961.600 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **77.8 %** |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 280.200 | III | $ 42.700 | **$ 541.800** | 9503278792 |

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**<br>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br>CC: 52497033 | **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>BELLANID FRANCO MONTES MONTES<br>CC: 24730812 |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD** | UNIDAD: **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS** | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **7858-2025** | PERIODO CERTIFICADO | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **SANDRA MIREYA SÁNCHEZ** | | 01 | 05 | 2026 | 31 | 05 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **BELLANID FRANCO MONTES MONTES** | DOCUMENTO: **24730812** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TÉCNICO 1 - AUXILIAR DE ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **77.8 %** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1- Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad. | 1. Se garantizó el registro en los formatos establecidos, incluida la verificación del antecedente vacunal en la modalidad extramural |
| 2- Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte. | 2. Se realizo gestion de verificacion de datos datos del menor y/o adulto a vacunar, verificacion de antecedente vacunal y respectivo seguimiento en aplicativo PAI distrital |
| 3- Registrar en físico o digital, según asignación los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío de la modalidad extramural. | 3. Se realiza control de temperatura de las neveras de la modalidad extramural de acuerdo con la asignación realizada por el profesional extramural. |
| 4- Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros. | 4. Se realiza diligenciamiento diario de los kárdex de acuerdo con lo despachado por el profesional extramural, de acuerdo con la micro planeación diaria. Se realiza dilogenciamiento de las hojas de registro PAI, Encuestra de Fiebre Amarilla, SIS 150 Adulto y Niño |
| 5- Realizar censo de población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones donde se incluya cantidad de viviendas, mapa con identificación de zonas intervenidas y semaforización decobertura de la táctica casa a casa. | 5. De acuerdo con la asignación, se realizan los recorridos programados para la búsqueda de la población objeto, se realiza diligenciamiento de formatos asignados a la tactica. |
| 6- Realizar sensibilización a la comunidad educativa, programar y ejecutar jornadas de vacunación en los establecimientos educativos. | 6. Se realizan charlas de formacion y acitivdades hacia la poblacion objeto en los espacios designados. Se realiza sensibilizacion el la importancia del esquema de vacunacion en las instituciones educativas |
| 7- El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables.” | 7. Se hace captacion de la poblacion objeto de Canalizacion de las Rutas de Atencion Integral acorde a las necesidades requeridas |
| 8- Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP- PSPIC,conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de losservicios de la Subred.” | 8. Se tiene disponibilidad para realizar el desarrollo de actividades de acuerdo con los lineamientos establecidos en el convenio PS-PIC |
| 9- Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas. de acuerdo a las tablas deretención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad. | 9. Se realiza diligenciamiento de los documentos entregados por el profesional extramural para las acciones diarias programadas, así como los requeridos para la aplicacion de los biológicos, insumos y dispositivos médicos del PAI. |
| 10- El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/ o por la Subred Norte, en caso de contingencias,emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios. | 10. Se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas por el convenio PS- PIC, asi como los cronogramas realizados y reportados a la SRN y la SDS |
| 11.Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI. | 11. Se garantiza y se da cumplimiento a las metas establecidas según tiempo, lugar y espacio según indicaciones del Progarama y la SDS |
| 12.Cumplir con las metas de vacunación asignadas en el marco del desarrollo de las actividades programadas diariamente. | 12. Se cumple las metas establecidas programadas diariamente según itinerario del Progarama PAI |

| OBSERVACIONES: |
| --- |
| 184 HORAS CERTIFICADAS |

TOTAL A PAGAR:
**$ 2.980.800 — DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE**

| | |
| --- | --- |
| Fecha: 31/05/2026<br>Bellanid Franco Montes<br>**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>BELLANID FRANCO MONTES MONTES<br>CC: 24730812 | Fecha: 31/05/2026<br><br>**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**<br>SANDRA MIREYA SÁNCHEZ<br>CC: 52497033 |

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.*

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 24730812 | | FRANCO MONTES BELLANID | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 67 b sur # 13 60 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3118570024 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 1000001846 | 9503278792 | I | 2026/05/06 | 2026/04/27 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $541,800 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |
| 1 | CC | 24730812 FRANCO BELLANID | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS037 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 0 | $0 | $0 | No | $541,800 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$0** | **$0** | **$541,800** |